FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 32.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

STOMATITE IMPÉTIGINEUSE

et en particulier de ses

ACCIDENTS LARYNGÉS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Novembre 1895

PAR

Emile-Marie-Augustin VALLET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Lauréat des hôpitaux, médaille de bronze 1894

Né le 30 Janvier 1871, à Cherbourg (Manche)

Examinateurs de la Thèse..	MM. VERGELY	professeur	*Président*
	LANELONGUE	professeur	*Juges*
	VILLAR	agrégé	*Juges*
	BINAUD	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 32.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

STOMATITE IMPÉTIGINEUSE

et en particulier de ses

ACCIDENTS LARYNGÉS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Novembre 1895

PAR

Emile-Marie-Augustin VALLET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Lauréat des hôpitaux, médaille de bronze 1894

Né le 30 Janvier 1871, à Cherbourg (Manche)

Examinateurs de la Thèse..	MM. VERGELY	professeur		*Président*
	LANELONGUE	professeur	*Juges*	
	VILLAR	agrégé		
	BINAUD	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT.
	PITRES.
Clinique externe	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD.
	CASSAET.
	AUCHÉ.
	SABRAZÈS.
	LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR.
	BINAUD.
	BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU.
	CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection.

A MON FRÈRE AUGUSTE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MON FRÈRE JOSEPH

CAPITAINE AU LONG-COURS DE 1re CLASSE

A MA SŒUR RENÉE

A MA TANTE

A MONSIEUR O. MALLARMÉ

CAPITAINE DE VAISSEAU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ATTACHÉ A LA DIRECTION DES TRAVAUX DU MINISTÈRE DE LA MARINE

Témoignage de profonde reconnaissance pour son affabilité
et sa bienveillance à l'égard des miens.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURRU

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR FONTORBE

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MOUSSOUS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ

AIDE DE CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DE LA FACULTÉ

A LA MÉMOIRE DE MON AMI D'ENFANCE

ALBERT HENNEQUIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MES CHERS AMIS

ANDRÉ FÉRAY

ERNEST DEREVOGE

ÉLÈVES DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Témoignage de l'affection vraiment fraternelle que nous nous sommes voués à l'École principale.

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL VERGELY

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA STOMATITE IMPÉTIGINEUSE

Et en particulier de ses accidents laryngés

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique

L'histoire de la stomatite impétigineuse est toute *récente*. Les nouveaux traités de pédiatrie n'en font qu'une mention tout à fait superficielle. Ce n'est qu'en 1887, dans la *France médicale*, et en 1888, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance,* que M. Comby en parle. L'étude un peu détaillée en a été faite dans le mémoire de M. Sevestre présenté en 1891 à la Société médicale des hôpitaux. Depuis ce mémoire, a paru en 1893 la thèse de doctorat de M. Gentilhe, de Bordeaux, qui repose presque

en entier sur les observations de MM. Comby et Sevestre, sans apporter beaucoup d'éléments nouveaux à l'étude de la stomatite impétigineuse.

Les deux années que nous avons passées comme externe dans le service de clinique médicale infantile chez notre maître, M. le professeur agrégé André Moussous, nous ont permis d'observer de près, de concert avec notre dévoué ami, le docteur Rocaz, aide de clinique du service, plusieurs cas intéressants et en particulier certains accidents laryngés qui se produisent dans le cours de la stomatite. Le docteur Rocaz lui-même a déjà fait au mois d'août, au Congrès de pédiatrie de Bordeaux, une communication à ce sujet.

Nous diviserons donc notre travail en deux parties :

1° Une étude succincte de la stomatite impétigineuse ;

2° Les accidents laryngés qui surviennent pendant son évolution. Nous insisterons particulièrement sur ce chapitre.

Avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis de remercier du plus profond du cœur M. le professeur agrégé Moussous pour la sollicitude et l'affabilité qu'il n'a cessé de nous montrer pendant notre stage de deux années, comme externe, dans son service.

Que M. le professeur Vergely reçoive l'expression de notre vive reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée lorsque nous étions son élève à l'hôpital et à la Faculté.

C'est à M. le docteur Rocaz que nous devons l'idée première de cette thèse. Aidé par lui dans nos recherches, ainsi que par M. le docteur Beausoleil, c'est grâce à leur concours éclairé qu'il nous a été facile de mener ce travail à bonne fin. Nous les en remercions cordialement comme élève et comme ami.

Etiologie et Symptomatologie

Les Anciens définissaient l'impétigo : « Une affection cutanée non contagieuse, caractérisée par de petites pustules psydraciées (1), agglomérées ou discrètes qui, en se desséchant, forment des croûtes jaunes, rugueuses et épaisses. » Cette définition, muette sur la nature de la maladie, affirme sa non contagiosité, erreur très grande, puisque l'impétigo appelé *contagiosa* se transmet très facilement, non seulement d'un enfant à l'autre, mais encore d'une partie du corps à l'autre.

Et d'abord, nous avons deux formes d'impétigo bien distinctes :

1° Une première à marche chronique, frappant les enfants scrofuleux et arthritiques, en état de misère physiologique : c'est l'eczéma impétigineux, non contagieux ;

2° Une seconde à marche aiguë, frappant les enfants de tout âge, de toute condition et de tout tempérament : c'est l'impétigo contagiosa.

C'est à cet impétigo aigu de la face que succède d'ordinaire la stomatite impétigineuse, résultat probable d'une auto-inoculation que les grattages, l'introduction des doigts dans la bouche, le passage de la langue sur les lèvres expliquent suffisamment.

Parfois l'impétigo semble procéder de dedans en dehors, la stomatite précédant l'éruption cutanée. Mais dans la moyenne partie des cas, comme nous pouvons le voir en nous reportant à nos observations, les plaques d'impétigo

---

(1) On appelait *psydraciées* les pustules dépourvues de cercle inflammatoire.

de la langue sont précédées d'une éruption plus ou moins abondante de pustules d'impétigo à la face.

L'inoculation de microbes variés a pu produire sur la peau des pustules impétigineuses, et, d'autre part, l'examen bactériologique et les cultures ont démontré que dans les cas avérés d'impétigo, on trouvait différents microbes pyogènes : staphylococcus aureus, albus, certus, etc. Nous-même, au laboratoire de la clinique médicale des enfants, grâce à l'obligeance et à l'aide du docteur Rocaz, nous avons fait des cultures de ce microbe et avons constaté que surtout le staphylocoque doré prédomine. Nous y reviendrons au chapitre de la bactériologie.

Nous allons nous occuper maintenant du mode d'invasion de la stomatite.

M. Bergeron, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* Dechambre, caractérise l'invasion de la stomatite en ces termes :

« Il n'est pas rare de voir chez des enfants atteints d'une éruption, plutôt aiguë que chronique, d'*impétigo larvalis*, les pustules gagner le bord libre des lèvres, puis la muqueuse elle-même et devenir le siège de petites ulcérations superficielles. Elles peuvent avoir de 2 à 10 millimètres de diamètre ; les plus petites ressemblent beaucoup aux aphtes ; comme eux, en effet, elles sont circonscrites par un léger soulèvement d'épithélium opalin, autour duquel la muqueuse injectée forme un mince liseré rouge ; la présence simultanée d'autres ulcérations de plus grandes dimensions et de pustules d'impétigo sur les lèvres permet toujours de les distinguer des aphtes. Dans l'immense majorité des cas, les ulcérations impétigineuses sont plus larges ; on en compte rarement plus de sept ou huit qui restent presque toujours confinées dans la partie du vestibule la plus rapprochée de l'orifice

buccal; la membrane muqueuse injectée fait à leur pourtour un léger relief et lorsqu'on déterge leur surface, on trouve, sous la mince couche de pus et d'épithélium ramolli qui la masquait, la muqueuse dénudée, rouge et granuleuse. »

Cette description est très exacte, mais elle restreint beaucoup le domaine de l'impétigo buccal. Dans les cas que nous avons vus, l'éruption ne se confinait pas seulement au vestibule de la bouche, mais envahissait la langue et les gencives.

Un enfant est affecté d'une éruption impétigineuse de la face, quelquefois confluente, quelquefois discrète.

Sur la commissure des lèvres, se trouvent quelques pustules. Celles-ci sont en général petites et, quoique siégeant sur la muqueuse, elles ne sont pas recouvertes d'une fausse membrane, mais d'une croûte rougeâtre. Si on enlève cette croûte, la muqueuse se présente rouge, saignante; l'ulcération est à bords légèrement frangés. On ouvre la bouche de l'enfant; sur la langue, les gencives, dans le vestibule, on trouve un certain nombre de plaques recouvertes d'une fausse membrane d'apparence diphtéritique. Cette fausse membrane d'un gris jaunâtre, quelquefois assez brillante et comme cireuse, se détache très difficilement; si on frotte sa surface avec un linge ou une curette, on en détache quelques bribes qui montrent en dessous une muqueuse ulcérée, rouge, saignante comme aux lèvres.

Ces plaques occupent les bords de la langue, la pointe, le repli gingivo-buccal, la face interne des joues.

Quelquefois petites, ces plaques peuvent devenir confluentes et, comme dans notre Observation XIII, occuper 1 à 2 centimètres carrés; mais cela n'arrive guère que sur les bords de la langue. Les plaques de la pointe sont en général petites et disparaissent les dernières : ceci se com-

prend facilement, à cause du frottement incessant de la pointe sur les dents.

La localisation sur l'amygdale est très rare, cependant on l'observe.

Le pharynx n'est jamais envahi, du moins profondément ; nous avons une observation (X) avec plaques sur les piliers et la luette.

Le voile du palais et le palais lui-même sont rarement envahis ; malgré tout, Gentilhe, dans sa thèse inaugurale, dit avoir trouvé des ulcérations en ce point.

Du côté du larynx, nous avons certains accidents qui seront le sujet d'un chapitre spécial de notre thèse inaugurale.

Voici pour la localisation et la forme des plaques impétigineuses, étudions maintenant leur évolution.

La marche est assez rapide, les plaques font éruption en peu de temps, un jour ou deux, en trois périodes : une d'apparition, une d'accroissement et l'autre de défervescence ou pour mieux dire de réparation :

Première période. — Environ dans le premier jour, toutes les plaques sortent : en ce moment, c'est un petit point blanchâtre, légèrement acuminé, qui a plutôt l'air d'un bouton d'herpès que d'une plaque impétigineuse, c'est une période éphémère, car :

Deuxième période. — En peu de temps, un jour à deux, le point blanc s'accroît de façon à ressembler à une fausse membrane ; cette période dure du premier au troisième jour environ, car les plaques augmentent plus ou moins. C'est à ce moment surtout la période douloureuse, d'autant plus que les plaques sont plus confluentes ; la douleur est parfois intolérable, renouvelée à tout effort de déglutition ou au moindre attouchement, à tel point que nous avons vu certains enfants refuser la nourriture et ne pas s'alimenter même avec du lait.

Les plaques des commissures, principalement, revêtent un caractère spécial: au contact de l'air, il se forme des croûtes rougeâtres, fendillées ; au moindre mouvement elles se détachent légèrement, parfois tout à fait, et laissent à nu une surface saignante très douloureuse. Ou bien encore les enfants les arrachent. Sur les lèvres, il en est de même. Toutefois l'haleine n'est pas trop fétide.

Troisième période. — La période de réparation commence vers le troisième ou quatrième jour. Suivant que les plaques de la bouche sont sorties plus ou moins vite ou se sont agrandies de plus en plus, la fausse membrane qui la recouvre diminue, et bientôt elle revient à l'état de simple point. Mais, comme nous le faisions remarquer plus haut, les plaques de la pointe ou des environs sont toujours les dernières à disparaître.

Les ganglions lymphatiques rétro et sous-maxillaires sont en général atteints ; mais comme nous avons toujours constaté de l'impétigo de la face, à quoi rapporter cet engorgement ? Est-ce à l'impétigo de la bouche ou à celui de la figure ? Nous ne pouvons le dire ; toutefois dans l'impétigo seulement de la figure, nous avons vu très rarement les ganglions sous-maxillaires engorgés.

En outre l'état général du malade s'en ressent, il y a de la fièvre, quelquefois faible il est vrai. La langue est saburrale, l'estomac et tout le tube digestif participent également aux troubles de la maladie ; perte de l'appetit, diarrhée, parfois même vomissements.

CHAPITRE II

Des accidents laryngés dans la stomatite impétigineuse.

Régulièrement, pour suivre le cours de notre thèse inaugurale, nous aurions dû maintenant faire le diagnostic différentiel des diverses stomatites ; mais nous avons pensé que, pour ne pas nous répéter, il valait mieux le faire dans cette seconde partie. Nous étudierons donc successivement :

1° Le caractère de ces accidents laryngés ;

2° Leur durée ;

3° Leur anatomie pathologique et leur localisation ;

4° Nous poserons alors le diagnostic différentiel, clinique et bactériologique de la stomatite impétigineuse ;

5° Le traitement.

I. — Caractères des accidents laryngés.

Comme nous le disions dans l'introduction, nous avons pu observer à l'hôpital des Enfants beaucoup de cas de stomatite impétigineuse. Grâce à notre dévoué ami, M. le docteur Rocaz, nous avons été amené en 1893 et 1894, à constater que plusieurs fois on avait envoyé dans le service de la diphtérie, des enfants qui, tout en présentant les symptômes de

cette maladie, et mis en observation, guérissaient très rapidement.

Le service du diagnostic bactériologique commença en octobre 1894, et en même temps on inaugura à l'hôpital des Enfants de Bordeaux la méthode du docteur Roux.

C'est grâce à ce service bactériologique, dû à l'initiative de M. le professeur Ferré, que nous avons pu différencier et diagnostiquer certains accidents laryngés qui se produisent dans le cours de la stomatite impétigineuse, accidents qui ont pu être méconnus quelquefois avec les anciennes méthodes d'investigation et de diagnostic du croup, et qui ont pu faire supposer des diphtéries bénignes, et classer même dans leur statistique des malades qui étaient simplement atteints de stomatite impétigineuse.

En effet, comme on peut le voir dans nos observations et principalement dans l'Observation I, un enfant est amené à l'hôpital. Sa voix est enrouée depuis quelque temps, un ou deux jours; il y a du tirage; la toux est sourde, étouffée.

De prime abord, tout peut et doit même faire supposer le croup ; nous-mêmes, à l'hôpital, constatons ces symptômes.

A l'examen de la gorge et de la bouche, on trouve de petites fausses membranes d'aspect vraiment diphtéritique. Sur les lèvres, dans le vestibule, sur la langue, en existent d'autres difficilement détachables ; avec cela ajoutez un peu de fièvre.

Quel est le médecin, s'il n'est pas exercé et praticien du croup, qui ne portera pas le sombre diagnostic de diphtérie (?), surtout dans le cas où nous n'avons eu, comme dans plusieurs observations, que quelques pustules d'impétigo sur la face ou aux commissures.

C'est alors qu'intervient l'importance du diagnostic bactériologique. Et vraiment dans ces cas, le nom de stomatite

diphtéroïde donné par M. Sevestre s'applique bien; car l'hésitation est permise, et même pour la vie de l'enfant, l'on doit pour « *soi-même* » porter le diagnostic de diphtérie, quitte à en revenir après les cultures de membranes.

C'est toujours ce que l'on a fait à l'hôpital, et on injectait préventivement les enfants avec le sérum de Roux, médication absolument juste comme prophylaxie et comme science.

L'enfant a la voix enrouée, même assez éteinte; il a un léger tirage. Que faire en présence d'un tel cas, doit-on s'en tenir à l'expectative? Non.

Sur les conseils et les plans du docteur Rocaz, le pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants de Bordeaux a vu se créer une salle d'observation : c'est là que nous avons pu observer nos cas.

La culture des fausses membranes demandant au moins vingt-quatre heures, il n'y avait pas à hésiter. Pour plusieurs cas on fit des injections ; d'ailleurs, qu'est une simple injection de sérum auprès de la mort presque certaine, si l'on n'agit pas, l'enfant pouvant avoir la diphtérie ?

Le bacille de Lœffler peut, d'ailleurs, se trouver associé au staphylocoque ; ou bien, comme nous le voyons dans l'Observation X (de Sevestre), les plaques peuvent servir de porte d'entrée à la diphtérie. Il est vrai que la toux, l'enrouement, le tirage n'ont pas eu toujours dans nos sept dernières observations du service un caractère aussi marqué que dans les Observations I et XIII.

II. — **Durée.**

Le plus souvent il n'y a eu qu'une simple altération de la voix, qui est plus ou moins enrouée.

Cet enrouement survient au cours de la stomatite qui appa-

raît toujours la première, généralement un à quatre jours après l'invasion de cette dernière. La durée de cet enrouement est très courte, de deux à quatre jours en moyenne ; il disparaît le plus souvent avant la guérison entière des accidents impétigineux de la bouche, à peu près lorsque commence la réparation de la muqueuse; ce serait donc dans les deux premières périodes de la stomatite.

Dans une de nos observations toutefois, l'enrouement persiste après la disparition des fausses membranes dans la bouche ; ce fait nous semble rare et n'a été constaté qu'une seule fois. En se reportant à nos observations, nous voyons que la durée de l'enrouement a été de :

2 jours dans l'Observation II
5 jours dans l'Observation III
5 jours dans l'Observation IV
3 jours dans l'Observation V
2 jours dans l'Observation VI
2 jours dans l'Observation VII

Avec l'enrouement, nous constatons encore la toux qui, en général, est très passagère; elle dure environ de deux à trois jours, et disparaît aussi subitement qu'elle apparaît

Quant au tirage, quoique nous l'ayons constaté assez fort dans l'Observation I, nous pouvons dire qu'il est exceptionnel et très éphémère.

C'est, en général, du premier au quatrième jour du début de la stomatite que ces troubles laryngés apparaissent. Ainsi :

Dans l'Observation II ils ont lieu 4 jours après.
— l'Observation III — 2 jours —
— l'Observation IV — 1 jour —
— l'Observation V — 3 jours —
— l'Observation VI — 3 jours —
— l'Observation XIV — 5 jours —

III. — **Anatomie pathologique et localisation.**

Nous avons parlé en passant, en l'effleurant, de l'anatomie pathologique de l'impétigo de la langue. Quant aux lésions du larynx produisant les troubles que nous avons constatés, nous dirons d'abord que nous-même n'avons pu faire la laryngoscopie de nos malades qu'une seule fois (Obs. XIV.)

Dans tous les cas, il est vrai, nous avons constaté une rougeur très prononcée du voile du palais, de la luette, des piliers et de l'arrière-pharynx : une sorte de congestion de voisinage produite par les lésions de la langue. Au pharynx, hormis les piliers antérieurs, nous n'avons jamais trouvé de plaques.

M. le docteur Bézy, de Toulouse, au Congrès de Pédiatrie de Bordeaux, a dit avoir fait l'examen laryngoscopique d'enfants atteints de stomatite impétigineuse compliquée d'accidents laryngés. Il n'a jamais constaté que de la rougeur des cordes et du pharynx.

M. le docteur Beausoleil, aide de clinique des maladies de la gorge à la Faculté de Bordeaux, nous a cité le cas d'un enfant atteint d'impétigo de la face et du cuir chevelu, qui, à la suite de stomatite impétigineuse, présenta en tous points les accidents que j'ai décrits. Il fit la laryngoscopie et constata aussi une vive rougeur du pharynx, du larynx. Les cordes étaient même un peu œdématiées ainsi que les aryténoïdes. Malheureusement cette observation, consignée sur les registres des Ambulances urbaines de Bacalan, il y a cinq ans, n'a pu être retrouvée.

Il nous a été possible, grâce au concours éclairé de M. le docteur Beausoleil, de faire une laryngoscopie (Obs. XIV).

Nous avons toujours trouvé les mêmes signes, rougeur du pharynx, des cordes, des aryténoïdes et des bandes ventriculaires. Peut-être dans ce cas, comme l'enfant avait tous ses ganglions du cou très engorgés, y avait-il compression du récurrent, ce qui pourrait expliquer les troubles de la toux et le cornage.

Mais nous pensons que comme dans les autres observations, nous n'avons qu'une simple inflammation de voisinage ; sans que les plaques d'impétigo se transmettent, il se produit une véritable laryngite aiguë. Il n'y a pas trace d'angine, ni de laryngite à fausses membranes.

IV. — **Diagnostic différentiel et bactériologie.**

Dans bien des cas, le praticien peut être embarrassé pour faire son diagnostic; car la stomatite impétigineuse a bien des ressemblances avec plusieurs autres maladies de la bouche, principalement lorsqu'elle est compliquée d'accidents laryngés.

C'est ainsi que quelquefois la stomatite érythémateuse, lorsqu'elle s'ulcère, peut lui ressembler (vers l'époque de la dentition). Cette stomatite, tout en se limitant le plus souvent à une des parties de la bouche, peut se généraliser à l'organe tout entier. La muqueuse est rouge, luisante; par places, on trouve des sortes de petites membranes grisâtres, opalescentes, dues à un amas de cellules. Mais, contrairement aux membranes de la stomatite impétigineuse, si on vient à les gratter, on les enlève très facilement. En outre, on ne trouve jamais de pustules sur les lèvres ou la figure.

Les ulcérations de la stomatite mercurielle peuvent être prises pour de l'impétigo de la bouche. En effet, chez un

enfant syphilitique traité au mercure, cette stomatite peut se déclarer en une forme quelquefois très grave. Dans la bouche se trouvent des ulcérations recouvertes d'un enduit grisâtre, pultacé, simulant une membrane. La bouche, il est vrai, est gonflée, enflammée, et la salivation d'une abondance extrême. Mais, en outre, l'inflammation peut se transmettre au pharynx et au larynx ; et nous avons alors une véritable laryngite, du tirage, et parfois menace d'asphyxie. Ce n'est qu'avec un examen approfondi de l'enfant et une enquête sur le traitement qu'il suit, que l'on fera alors aisément le diagnostic.

Nous arrivons maintenant à la stomatite ulcéro-membraneuse. Dans celle-ci, les ulcérations occupent ordinairement un seul côté de la bouche; il y en a rarement sur la langue. Puis l'ulcération, au lieu de débuter par un point blanc qui s'agrandit, commence par une plaque saillante et violacée. De forme irrégulière, elle ne tarde pas à se ramollir. Sa surface est pulpeuse, jaunâtre et grisâtre. On peut détacher cette fausse membrane qui s'est formée, et l'on trouve une ulcération à bords frangés et non pas à bords bien nets comme dans l'impétigo. En outre, dans la plupart des cas, tous les symptômes locaux sont très intenses et la fièvre forte, chose très rare dans la stomatite impétigineuse. De plus, l'haleine est très fétide, et le chlorate de potasse fait disparaître les accidents en peu de temps.

Les aphtes de la bouche ont une grande ressemblance avec les plaques d'impétigo, d'autant plus qu'on en trouve partout : sur la muqueuse des lèvres, à la pointe et aux bords de la langue, sur la muqueuse des joues et du palais. Mais ils sont constitués par une petite vésicule remplie d'un liquide lactescent, et s'entourent d'une auréole formée par la muqueuse tuméfiée. Lorsqu'ils se rompent, ils laissent

une ulcération ronde, qui peut se recouvrir d'un enduit grisâtre formé de cellules épithéliales facilement détachables. De plus l'haleine est fétide, la salivation abondante, il y a de la fièvre et les ganglions voisins sont rarement pris.

Il nous est arrivé, dans un cas,aussi,d'avoir à faire le diagnostic avec des brûlures de la bouche. brûlures du deuxième degré. L'enfant avait avalé du lait très chaud; sur le palais et sur la langue existaient des ulcérations recouvertes d'une peau qui avait l'air de fausse membrane : c'était l'épithélium de la muqueuse soulevé par une collection à forme purulente, qui n'était autre que la phlyctène de la brûlure. Cette peau se laissait enlever facilement. En plus, il n'y avait pas de pustule sur la figure ni sur les lèvres.

Nous ne mentionnerons qu'en passant les plaques muqueuses syphilitiques de la bouche. Disons seulement que les prodrômes, l'examen attentif du malade, l'interrogatoire des parents fixeront le diagnostic du praticien.

Nous arriverons maintenant au diagnostic différentiel avec la *diphtérie* buccale et laryngée, diagnostic si difficile parfois à faire par le médecin s'il n'est aidé du bactériologiste, principalement lorsque nous avons des accidents laryngés impétigineux, comme dans nos observations.

La diphtérie buccale n'est pas rare en tant que localisation parfois primaire, parfois secondaire dans le cours de l'angine diphtéritique. Il est très exceptionnel que l'envahissement de la muqueuse buccale ait lieu par propagation des fausses membranes de la gorge ou du pharynx.

C'est précisément dans ces cas que le diagnostic est délicat ; car ce sont les lèvres, le plus souvent la lèvre inférieure au niveau de sa face gingivale, et les commissures qui sont le plus fréquemment atteintes ; ensuite la langue sur les bords de laquelle se trouvent des plaques quelquefois éten-

dues ; enfin la surface interne des joues. Les pseudo-membranes s'étendent relativement peu, elles ne dépassent guère les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ou de un franc. Elles sont très adhérentes, comme celles de l'impétigo, et reposent sur une base infiltrée, dure et un peu tuméfiée.

Souvent elles peuvent prendre plus d'extension et gagner la partie antérieure de la langue, le voile du palais, devenir fétides ; alors, dans ce cas, la langue est tuméfiée la plupart du temps ; il s'établit une salivation putride qui s'écoule par la bouche entr'ouverte ; dysphagie intense et douleur, mais c'est là un des cas les plus rares.

La diphtérie se transmettant au pharynx et au larynx, nous avons alors le tirage, la voie enrouée, la toux éteinte ; tout autant de signes que l'on peut quelquefois trouver dans des cas de stomatite impétigineuse. En face de cela, que faire ? S'il arrive de prendre pour de la diphtérie, l'impétigo présent, l'erreur ne peut-elle pas être réciproque ? Si dans des cas on isole le malade, comme on le faisait dans le service du docteur Moussous, dans d'autres où on n'a pas ainsi agi, on est tout étonné de voir éclater une épidémie de diphtérie dans l'entourage du petit malade.

Les faits de ce genre assez nombreux prouvent qu'il est important de faire dès le début le diagnostic de la maladie, impétigo ou diphtérie. Mais pour faire ce diagnostic, les ressources cliniques sont parfois tellement insuffisantes qu'il faut s'adresser alors à la bactériologie.

Bactériologie. — C'est surtout la bactériologie pratique que nous étudierons, la méthode courante des hôpitaux. Là, ainsi qu'en ville, le médecin a toujours à sa disposition, depuis la création des services de diagnostic bactériologique, une spatule de platine et des tubes de sérum gélatinisé ; il peut donc, dès que le cas est douteux, faire un ensemence-

ment de plaque et envoyer la préparation au laboratoire. Le microbe de la diphtérie commence à se développer généralement vingt heures après l'ensemencement, sous forme de petites taches arrondies, d'un blanc grisâtre, dont le centre est plus épais que la périphérie; elles poussent énergiquement et forment bientôt de petites plaques rondes, grisâtres et saillantes là où elles restent isolées. Quand la culture est finie, une parcelle est recueillie et mise sur lamelle. Le bacille de Lœffler se colore par toutes les couleurs d'aniline et par le Gram. MM. Roux et Yersin emploient le bleu composé de violet dahlia (1 partie de solution à 1 0/0) et de vert de méthyle (3 parties de solution à 1 0/0). Le bacille apparaît sous forme d'un bâtonnet à extrémités un peu effilées et arrondies, de longueur égale à celui de la tuberculose, mais deux fois plus épais environ. Quelle que soit la méthode employée, le bacille se colore uniformément et pleinement et se dispose en groupes.

Si la plaque ne contient pas de bacille de Lœffler, au lieu de voir évoluer les caractères précédents, on constate aux points ensemencés une culture blanche sans caractères spéciaux. A la surface on voit apparaître une pellicule blanche, qui devient jaunâtre, puis jaune d'or, le tout liquéfiant tout à fait le sérum et se réunissant au fond sous forme de dépôt abondant jaune d'or. C'est alors que l'on a affaire au staphylocoque doré. Si c'est le staphylocoque blanc, la colonie reste blanche.

Colorés au bleu de Lœffler ou au Gram, ils se présentent sous forme de zooglées de cinq, six, dix individus réunis les uns près des autres de façon à former une grappe.

Grâce à ces cultures, le diagnostic différentiel peut être fait facilement. Parfois les deux microbes peuvent se trouver réunis (observation de Duprey); alors c'est par un examen attentif des cultures que l'on arrive à diagnostiquer.

Si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que dans la plupart des cas, les cultures de plaques de stomatite impétigineuse nous ont donné des staphylocoques dorés. Ainsi :

Obs. I.....staphylocoque doré.
Obs. II..... » »
Obs. III.....bactériologie non faite.
Obs. IV.....staphylocoque doré.
Obs. V..... » »
Obs. VI.....staphylocoque blanc.
Obe. VII.....staphylocoque doré.
Obs. IX..... » »
Obs. X.....staphylocoque doré, puis bacille de Lœffler.
Obs. XI.....staphylocoque doré.
Obs. XII.....staphylocoque blanc.
Obs. XIII.....staphylocoque doré.

Statistique assez concluante en faveur du staphylocoque doré. Quant à nos accidents laryngés, la fréquence nous en paraît assez grande : la statistique établie donne environ 40 0/0, et affecte principalement le sexe féminin.

Nous voyons donc quelle est l'importance du diagnostic bactériologique. Ainsi dans nos Observations I et XIII, nous n'avons pu être fixés cliniquement.

Dans l'Observation XIII, nous voyons que l'on mit l'enfant en observation. Il avait la rougeole ; la diphtérie morbilleuse n'est pas chose si rare, qu'on ne pensât d'abord à elle en présence des accidents laryngés dont l'enfant était atteint. Ce ne fut que lorsque M. le professeur agrégé Sabrazès eut fait la culture des plaques de stomatite que l'on fut fixé. Et ces cas ne sont pas rares où souvent l'on a affaire à de telles

maladies décrites sous le nom d'angines et de stomatites diphtéroïdes.

Dans l'Observation XIV, on a porté d'abord l'enfant à la diphtérie, ce n'est que le lendemain, qu'on le transeat dans la salle 6.

V. — Traitement.

Plusieurs traitements ont été institués tant pour l'impétigo que pour la stomatite impétigineuse. Nous avons pensé que lorsque les boutons d'impétigo sont sortis, nous pourrions, alors qu'il n'y a rien encore à la bouche, instituer un traitement prophylactique très simple, quelquefois ennuyeux, il est vrai, pour les enfants. Nous diviserons donc ce chapitre en :

1° *Traitement prophylactique ;*

2° *Traitement curatif.*

I. — Traitement prophylactique. — Nous pouvons le diviser lui-même en deux parties :

1° Il n'y a que de l'impétigo de la face ;

2° Il y a impétigo de la bouche compliqué d'accidents laryngés.

1° Dans le premier cas, il faut empêcher les enfants de gratter leurs oreilles, c'est-à-dire de les empêcher de toucher à leur figure. Pour cela, dans les services de l'hôpital des Enfants, nous nous servons de manchons en carton dépassant l'avant-bras d'environ 10 centimètres, de façon que la main y soit comprise. Ces manchons sont attachés aux épaules et viennent buter sur le bras. L'enfant ne peut plier son avant-bras sur son bras et par suite se gratter. La position est assez ennuyeuse, car le petit malade est obligé d'avoir son membre supérieur étendu ; mais on peut de temps en temps le délivrer en ayant soin de l'observer.

On appliquera, en outre, à l'impétigo de la face le traitement médical jugé bon.

S'il y a des plaques d'impétigo aux lèvres ou aux commissures, il faut avoir soin de les laver fréquemment à l'acide borique à 40/1000 et les recouvrir de la pommade antiseptique choisie.

2° Dans le second cas, où la stomatite peut-être prise quelquefois pour de la diphtérie buccale, ne pas hésiter : faire une injection de sérum de Roux en attendant le résultat bactériologique, injection faible de 10 à 20 centimètres cubes. A plus forte raison, quand les accidents laryngés sont intenses, doit-on, en outre, isoler le malade.

II. — Traitement curatif. — Tous les collutoires nous paraissent bons : acide borique, borate de soude, chlorate de potasse. Peut-être l'acide salicylique à 1/100 et même à 2/100 est-il préférable; nous l'avons employé pour nos malades et avons eu de très bons résultats. Avoir soin de bien badigeonner la bouche et le pharynx.

Les pulvérisations de la bouche avec le pulvérisateur ordinaire, en employant l'acide borique, aseptisent aussi la cavité buccale et préservent de l'invasion de microbes qui pourraient compliquer la maladie. Les faire avant de passer le collutoire.

Observation I

(Prise dans le service et due à l'obligeance de M. le Dr Rocaz.)

Marie D..., âgée de deux ans et cinq mois, est amenée le 4 juin 1895, à l'hôpital des Enfants.

Sa mère nous raconte que depuis trois jours la voix de son enfant

est devenue enrouée, en même temps qu'apparaissaient une toux rauque et un léger tirage. Tous ces symptômes sont constatés à l'arrivée de l'enfant à l'hôpital. L'examen de la gorge et de la bouche permet de constater sur la langue deux petites fausses membranes blanc-grisâtre, assez brillantes, de la grandeur d'une grosse lentille et difficiles à détacher. Sur la lèvre supérieure existe une fausse membrane semblable; sur la lèvre inférieure, à gauche, existe une volumineuse fausse membrane plus épaisse, et dont les bords confinent au niveau de la commissure, à quelques pustules d'impétigo cutané. Il n'y a pas d'adénopathie. Fièvre légère. Température vespérale, 37°9.

En face de ces signes physiques et surtout des troubles laryngés, on soupçonne l'existence de la diphtérie, et l'on pratique une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, en même temps que l'ensemencement de tubes à culture avec des parcelles de fausses membranes.

Le lendemain, 5 juin, les fausses membranes ont pris une teinte plus grise, mais n'ont pas diminué d'étendue : le tirage tend à disparaître, la toux reste un peu rauque et la voix enrouée. L'état général est bon. Température du matin, 37°6; du soir, 37°8.

Le 6 juin, l'enfant a recouvré la gaîté, les fausses membranes se détachent un peu sur la langue et sur la lèvre inférieure. Pas de fièvre.

Le 7, l'état de la langue reste stationnaire; la fausse membrane de la lèvre inférieure commence à diminuer. Pas de fièvre.

L'examen bactériologique des cultures obtenues par l'ensemencement y démontre la présence de staphylocoques dorés.

Le 10, les fausses membranes ont disparu sur la langue; le lendemain, celles des lèvres disparaissent également, mais elles laissent à leur place, sur la muqueuse, une teinte violacée un peu ecchymotique.

Le 13, l'enfant quitte l'hôpital entièrement guérie.

Observation II

(Prise dans le service.)

Madeleine T..., âgée de vingt-sept mois, est amenée à la consultation de l'hôpital, le front, les joues et le menton couverts de croûtes impétigineuses. Cet impétigo remonte à une quinzaine de jours, et sa marche très rapide est toujours envahissante. Depuis trois jours, l'enfant salive continuellement et refuse toute nourriture : en même temps apparaissent dans la bouche les fausses membranes, qu'il est facile de constater le jour de son arrivée à l'hôpital : plaques grises tapissant presque toute la face interne des lèvres supérieure et inférieure, trois petites fausses membranes sur la pointe et les bords de la langue. L'examen de la bouche amène un saignement abondant de la muqueuse buccale, partout rouge et tuméfiée. Rien dans la gorge. Quatre jours après l'apparition de la stomatite, la voix perd son timbre normal et devient éraillée. L'enfant ne tarde pas à devenir presque complètement aphone, en même temps qu'apparaît une petite toux étouffée. Cet état dure deux jours, puis tous les symptômes laryngés disparaissent brusquement, en même temps que les fausses membranes diphtéroïdes se détachent et tombent. L'examen bactériologique des fausses membranes y fait constater des staphylocoques dorés.

Observation III

(Prise dans le service.)

Isabelle B..., âgée de un an, est présentée à la consultation, le 29 novembre 1894. Il apparaît des croûtes d'impétigo sur toute la face et

principalement autour des narines et de la bouche. Depuis trois jours, on constate deux plaques gris-jaunâtre, irrégulières, de la grandeur d'une lentille, dans le repli gingivo-labial inférieur et une plaque analogue, mais plus grande à la pointe de la langue.

L'examen de la bouche amène un suintement sanguin au niveau de ces plaques, et montre une rougeur diffuse de la cavité buccale tout entière. La voix de l'enfant est manifestement enrouée, cet enrouement est survenu la veille brusquement.

Le 4 décembre, c'est-à-dire cinq jours plus tard, les fausses membranes ont entièrement disparu, mais la voix est encore un peu enrouée et ne redevient claire que deux jours après.

Observation IV

(Prise dans le service.)

Henriette A..., âgée de vingt-deux mois, présente, à son arrivée à la consultation de l'hôpital, des pustules et des croûtes d'impétigo disséminées sur toute la surface cutanée. Deux plaques impétigineuses, en particulier, siègent l'une sur la lèvre inférieure, l'autre à la commissure labiale droite. L'annulaire de la main droite est atteint d'une tourniole impétigineuse.

La cavité buccale est presque entièrement tapissée de fausses membranes gris-jaunâtre, assez adhérentes. Ces fausses membranes recouvrent les deux faces de la langue, la presque totalité des gencives et la face interne des lèvres. Toutes ces régions saignent abondamment chaque fois que l'enfant ouvre la bouche pour crier. Les premières fausses membranes ont apparu il y a trois jours. On constate de plus que sa voix est altérée ; depuis deux jours elle est enrouée : elle ne tousse pas. Après avoir augmenté pendant un jour, l'enroue-

ment diminue progressivement et finit par disparaître quatre jours après son apparition. La culture des membranes donne des staphylocoques dorés.

Observation V

(Prise dans le service.)

Georges D..., âgé d'un an, est un enfant très atrepsique qui présente à son arrivée une stomatite impétigineuse caractérisée par la présence de fausses membranes grisâtres sur les gencives et dans le sillon gingivo-labial supérieur : fausses membranes peu épaisses, adhérentes, saignant au moindre contact. Sur la face on constate quelques croûtes d'impétigo, dont l'une est située sur le bord de la lèvre inférieure. La stomatite date de deux jours.

L'enfant est très enroué : il a presque complètement perdu la voix ; il tousse un peu.

Le surlendemain les fausses membranes commencent à disparaître, mais la voix reste altérée.

Trois jours plus tard, la stomatite a complètement disparu, et les troubles laryngés se sont dissipés.

Observation VI

(Prise dans le service.)

Henriette T..., âgée de douze mois, présente quelques pustules d'impétigo, sur la lèvre supérieure. A la face interne de cette lèvre existe une plaque diphtéroïde de la grandeur d'un haricot, jaunâtre, adhérente. Sur la voûte palatine on trouve une fausse membrane de

même aspect, occupant à peu près la ligne médiane. (Staphylocoques blancs.)

Trois jours après l'apparition de la stomatite, la voix de l'enfant devient enrouée; une petite toux survient; tous ces symptômes durent quarante-huit heures au plus, puis disparaissent brusquement.

Observation VII

(Prise dans le service.)

Germaine S..., âgée de dix-sept mois, est malade depuis près de quinze jours quand elle nous est présentée. On constate un peu d'impétigo au niveau de la commissure labiale droite ; à la pointe de la langue existe une petite fausse membrane grisâtre, très adhérente. La voix est très altérée, l'enfant est très enrouée depuis une huitaine de jours.

Cet enrouement avait disparu quatre jours plus tard, ainsi que la fausse membrane de la lèvre quand l'enfant fait une nouvelle poussée de stomatite qui ne s'accompagne plus de laryngite. Staphylocoques dorés.

Observation VIII

(Prise dans le service.)

Elisabeth B..., âgée de quatre ans, présente des croûtes d'impétigo sur le cou et la face; sur la langue et à la face interne des lèvres on trouve quelques petites plaques grisâtres, adhérentes. La voix est un peu enrouée; il existe une toux assez fréquente, un peu éteinte. Puis, brusquement, deux jours après leur apparition, tous les phénomènes laryngés disparaissent.

Observation IX (Sevestre).

H..., âgée de six ans, est entrée, le 22 avril 1891, salle Triboulet, nº 16. Ses parents sont bien portants. Elle n'a jamais fait de maladies antérieures graves, si ce n'est la rougeole, il y a une quinzaine de jours.

A deux ans, elle a eu de l'impétigo de la face et du cuir chevelu, impétigo dont elle porte encore les restes sur le visage et des traces sur les membres. L'impétigo siège surtout autour des lèvres, tandis que sur les membres existent d'anciennes cicatrices blanchâtres, très superficielles, au milieu desquelles se voient de l'impétigo, de la phtyriase et de l'eczéma sec.

Cette éruption polymorphe n'occupe pas toute la surface des membres, elle est, du reste, peu confluente.

L'enfant est maigre, chétive, souffreteuse; le visage pâle et les traits tirés, elle présente une pigmentation brun sale, noirâtre, de la peau et de tout le corps. Ce qui frappe surtout chez elle, c'est l'aspect de la bouche. Les lèvres sont tuméfiées, doublées d'épaisseur et renversées en dehors.

Sur la surface muqueuse des lèvres, près de leur bord cutané et de chaque côté de la ligne médiane, existent, prédominant sur la lèvre inférieure, ces sortes de plaques blanchâtres allongées, qui ne laissent qu'un petit intervalle de muqueuse saine et se retrouvent aux deux commissures des lèvres qu'elles semblent creuser.

En étudiant avec soin une de ces plaques, voici quels sont ses caractères :

Sur une étendue d'environ 1 centimètre à 1 cent. 1/2 et sur une largeur d'environ un 1/2 centimètre, la muqueuse labiale est recouverte par une membrane ovalaire, régulière sur ses bords, légèrement saillante.

Cette membrane est blanc-grisâtre, comme argentée, brillant par places avec des reflets cireux ; sa surface extérieure est plane, régulière, sans aspérités.

Si l'on cherche à la détacher, elle semble faire corps avec la muqueuse sous-jacente et repose sur un fond induré.

Le moindre contact un peu rude détermine un suintement sanguin tout autour de la plaque pseudo-membraneuse et il se forme, si l'on n'essuie pas de suite, des concrétions sanguines noirâtres. Il est presque impossible de détacher ces plaques sans entraîner un peu de muqueuse. Aux commissures, le même aspect se retrouve avec les mêmes caractères.

Sur la lèvre inférieure, dans sa portion cutanée, de même qu'à la la lèvre supérieure, existent, tout autour de ces pseudo-membranes de nombreuses croûtes d'impétigo.

Des narines s'écoule un liquide muco-purulent et sanguinolent, véritable jetage venant irriter la lèvre supérieure.

Il n'y a point à l'ouverture des narines de plaques blanchâtres : on y trouve au contraire en abondance des croûtes d'impétigo et des caillots de sang concrété, tellement que la respiration par le nez en est empêchée et que la malade respire la bouche ouverte, rappelant l'apparence des enfants qui ont des végétations adénoïdes.

Si l'on saisit entre les doigts les lèvres, on a la sensation d'une induration autour des plaques. Ce contact détermine de la douleur. Ses dents sont en mauvais état, noirâtres, recouvertes de tartre et de débris alimentaires concrétés. Sa langue est saburrale, blanche aussi bien au milieu que sur ses bords.

Sur le voile du palais et sur la luette, on retrouve des plaques analogues en apparence à celles des lèvres.

Sur le voile du palais elles sont presque symétriques, ovales, rappelant les aphtes, mais de dimensions beaucoup plus considérables. Elles sont environnées également d'une muqueuse saignant facilement. Leur siège est presque celui des plaques ptérygoïdiennes décrites par Parrot.

Autour de la luette et près du sommet, elles forment un véritable capuchon, mais on voit par le contour polycyclique de la fausse membrane qu'elle a été constituée par la réunion des plaques ovalaires. Ces plaques sont également ici très adhérentes.

Le pharynx est complètement indemne de plaques. Il est rouge, tomenteux, sillonné de veinules turgescentes et recouvert de muco-pus venant du naso-pharynx. Le voile du palais, la muqueuse buccale, ont également une apparence rouge cerise ardent. Les amygdales sont indemnes. Il n'existe pas de fétidité de l'haleine.

Ces ganglions rétro et sous-maxillaires sont légèrement engorgés. Ils sont durs et il n'existe pas autour d'eux de participation du tissu cellulaire. Il n'existe ni diarrhée, ni vomissements, rien du côté du foie, de la rate et des ganglions mésentériques. Pas de fièvre.

Dans les poumons, quelques râles muqueux disséminés, plus prédominants en avant et à droite, mais sans matité ni signes de tuberculose.

Du côté des yeux, il existe à droite un pinceau conjonctival très léger.

On prescrit des lavages avec une solution chloratée à 1 0/0, des applications de vaseline salolée sur les lèvres et des attouchements dans la gorge avec le liquide de Gaucher. Potion à l'extrait de quinquina.

Le 24 avril, même aspect des lésions qui semblent creuser. L'état général est moins bon et la température monte à 39°.

Le 25 avril, la température est normale. Sur le fond gauche de la langue se montre une plaque ulcéreuse, légèrement plus large qu'un aphte, dont elle présente du reste tous les autres caractères. Iodoforme sur les lèvres.

On remplace la mixture de Gaucher par le naphtol camphré.

Le 26 avril, l'aspect des lésions ne se modifie pas, on ne peut détacher les fausses membranes. On donne à l'intérieur du chlorate de potasse (2 grammes) et on continue des applications d'iodoforme en poudre sur les lèvres.

Le 27 avril, quoique la malade ait une température de 39°, la langue se nettoie, devient humide et la gorge moins rouge.

Le 29 avril, la langue est redevenue nette, les ulcérations de la gorge se resserrent en quelque sorte et diminuent de volume. Les lèvres également vont mieux. Les pseudo-membranes restent toujours adhérentes.

Le 2 mai, il n'existe plus de trace d'altérations dans la bouche; sur les lèvres encore un liseré blanchâtre et toujours de l'impétigo et des croûtes.

Le 5 mai, la malade va de mieux en mieux, mange bien, se lève. Le jetage a complètement disparu.

Le 26 mai, l'enfant part en convalescence.

Examen bactériologique. — Les cultures ont été faites sur la gélatine. La colonie a poussé d'abord sous la forme d'un léger voile blanc, parsemé de petits points plus brillants.

Le surlendemain, la gélatine a commencé à se liquéfier, et il s'est déposé à la limite des parties liquéfiées et restées dures une pellicule jaunâtre. Au bout de quelques jours, la gélatine était complètement liquéfiée.

On avait ensemencé des liquides et des fragments de fausse membrane recueillis au niveau des lèvres, du nez et de la luette.

L'examen au microscope après coloration sur préparations fraîches avec le violet de gentiane, et sur préparation à sec avec le liquide de Ziehl, a donné sous l'immersion homogène les résultats suivants :

Microcoques isolés ou réunis en certains points, donnant le groupement classique des staphylocoques. Dans l'intervalle de ces groupes on constate des bacilles allongés, ils sont plus épais que les bacilles de Koch et de la même longueur. La plupart sont droits, quelques-uns incurvés. Ils ressemblent aux bacilles décrits par Wignal, dans la bouche. Il est difficile de se prononcer sur leur véritable nature, que seule la culture sur sérum et l'inoculation expérimentale pourraient démontrer.

Observation X (Duprey).

D... (Eugène), âgé de deux ans et demi, entré le 2 mai, salle Lugeol, nº 27.

Les parents de l'enfant sont bien portants, trois autres enfants bien portants, deux morts de diarrhée en bas âge.

L'enfant n'a pas eu de maladies graves. Depuis deux mois, la mère a constaté que le nez coulait.

L'enfant se plaignait de la tête, conservant un bon appétit et allant régulièrement à la garde-robe. Pas de vomissements.

Il y a huit jours qu'est survenue la maladie qui l'amène à l'hôpital, c'est-à-dire que l'enfant a les lèvres en mauvais état.

Depuis quatre jours la bouche s'est prise.

Perte d'appétit. Constipation depuis deux jours. Pas de fièvre.

L'enfant a été élevé à la campagne, au sein; d'après ce que dit la mère, il aurait tété le lait d'une nourrice déjà enceinte de six mois. Sevré à dix-huit mois, il a vécu de la nourriture de ses parents. Premières dents à quatre mois; il a marché à quatorze mois.

Tels sont les renseignements recueillis par la surveillante du service.

Voici ce que l'on constate à son entrée : L'aspect est misérable, le corps est amaigri, la face pâle, pas d'impétigo, pas de cicatrices.

Ventre ballonné, extrémités légèrement noueuses.

Enfant peu éveillé comme intelligence, indifférence et abattement.

Le 17 mai, apparaît sur le cou et le menton une éruption de rougeole. L'enfant est envoyé au pavillon d'Aligre.

L'éruption sort normalement, sans qu'il se produise de complication du côté des lèvres ou de la gorge, ainsi qu'on avait pu le redouter.

Le 20 mai, la température monte.

Le 21 mai, on constate de la matité au sommet et à la base droite, du souffle au sommet droit. Température, 40°.

Le 23 mai, diarrhée jaune. Râles sous-crépitants fins aux deux bases, souffle aux sommets.

Le 24 mai, râles moins nombreux.

Le 26 mai, la température tombe à 38°.

Le malade retourne à la salle Lugeol. Il lui reste de sa rougeole un état général des plus mauvais. Il conserve encore de la diarrhée. Il a également de l'ophtalmie double avec sécrétion muco-purulente.

Le 27 mai, l'enfant n'est pas en train, ne mange pas, les ganglions sont augmentés de volume.

Les amygdales, la pointe de la luette, le pharynx tout entier sont recouverts de plaques grisâtres, adhérentes, la muqueuse est boursouflée, tuméfiée, livide, saignant au moindre contact. Les amygdales sont augmentées de volume. Il n'y a rien sur la joue ni sur les lèvres.

Sur les lèvres et surtout aux commissures, existent des pseudo-membranes présentant les caractères mentionnés dans l'observation précédente.

Mêmes plaques sur le voile du palais et sur la langue, il en existe aussi quelques-unes dans la bouche.

Il n'y a rien dans le pharynx, ni sur les amygdales, ni sur la luette.

La gorge est rouge ardent. Les dents sont en très mauvais état; il y a un peu de gingivite.

La langue est saburrale avec deux ulcérations recouvertes de plaques.

Les ganglions rétro et sous-maxillaires sont durs et augmentés légèrement de volume.

Il s'écoule par le nez du mucus sans pus ni sang.

Sauf un peu de ballonnement du ventre, il n'y a absolument rien dans les autres organes. Pas de fièvre.

Traitement. — Lavage à l'eau boriquée. Naphtol camphré sur les pseudo-membranes.

4 mai. — On a mis de l'iodoforme sur les lèvres.

Le 5 mai. — Les plaques diminuent.

Le 6 mai. — Lèvres redevenues normales ; disparition progressive de la pseudo-membrane.

Le 8 mai. — Guérison complète, sauf encore de la rougeur des lèvres.

L'enfant, après avoir été mieux, redevient maussade, fiévreux et perd l'appétit.

On fait passer l'enfant au pavillon Bretonneau, où il meurt, le 29 mai, avec tous les signes d'une diphtérie toxique. L'autopsie confirme ce diagnostic.

Examen bactériologique. — Des parcelles de pseudo-membranes sont cultivées sur agar.

Avec les pseudo-membranes du pharynx, on obtient une magnifique culture de staphylococcus aureus en forme de raquette. Cette culture, qui commença à se montrer dès le deuxième jour de l'auscultation, est très développée au sixième jour. Examen microscopique : microcoques isolés et groupés sous formes de staphylocoques.

Les cultures des plaques des lèvres donnent aussi du staphylococcus aureus, qui se présente par groupes très serrés sous le champ du microscope.

Ce résultat avait été obtenu par des cultures faites le 2 mai.

A son retour de la rougeole, le malade ayant de nouveau des fausses membranes, on ensemence de nouveau des tubes d'agar et de gélatine.

Sur la gélatine, on obtient avec les plaques des lèvres un fin réseau, ressemblant à un voile et parsemé de points blancs.

Sur l'agar il y a deux aspects tout à fait différents. La culture prédominante est jaune d'or ; en certains points de cette culture existent des saillies hémisphériques blanches, saillantes, épaisses, ayant une couleur blanc mat.

Au microscope la partie jaune est constituée par du staphylocoque doré. Les cultures faites avec les plaques du voile du palais donnent du staphylocoque.

Observation XI

(Recueillie dans le service de M. Piéchaud, par M. Guérin, interne du service.)

M..., âgée de deux ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants, salle 7, le 22 janvier 1894, pour une kératite phlycténulaire de l'œil droit.

Elle présente en outre de l'impétigo du cuir chevelu, du cou, des épaules.

8 février. — On constate la présence de pus dans la chambre antérieure de l'œil. Paracentèse.

10 février. — Guérison.

18 février. — L'enfant qui, depuis quelques jours paraissait fatiguée et ne voulait pas manger, présente sur la lèvre inférieure et la langue des fausses membranes.

Lèvre inférieure : Sur la partie de la muqueuse exposée à l'air on trouve des points d'un blanc grisâtre au nombre de trois ou quatre. En examinant le sillon gingivo-labial, on constate sur la muqueuse labiale, une fausse membrane étendue parallèlement au bord libre de la lèvre, longue de 3 centimètres, large d'un 1/2 centimètre.

Rien sur les gencives.

Enfin sur la face dorsale de la langue, localisée à l'extrémité, une longue fausse membrane en fer à cheval. Le tout saigne facilement et semble douloureux. L'enfant se plaint en mangeant. La température n'a pas été prise le premier jour.

Le lendemain, elle était de 38° le soir. Elle a diminuée d'une façon progressive.

Ecoulement, lavage de la bouche à l'eau boriquée.

Le 26, guérison complète.

L'examen bactériologique fait au laboratoire des cliniques par M. le docteur Sabrazès, a révélé dans ces plaques la présence de staphylococcus pyogenes aureus.

Observation XII

(Recueillie dans le service de M. Saint-Philippe, par M. Texier, interne du service)

H..., âgée de deux ans et demi, entre le 9 février 1894 à l'hôpital des Enfants.

Allaitée par sa mère dans de bonnes conditions. La rougeole pour laquelle elle est entrée à l'hôpital est sa première maladie ; n'a jamais eu d'impétigo.

Le 2 février, elle est prise d'un accès de fièvre ; le lendemain elle a du larmoiement, du coryza, de la toux. Le 5 février, l'éruption de la rougeole se fait à la face abondante et se généralise ensuite au tronc et aux membres. En même temps que l'éruption se développait à la face, les parents aperçoivent une vésicule assez volumineuse siégeant à la lèvre inférieure au niveau de la commissure. Cette vésicule ne tarde pas à crever. Elle est remplacée par des croûtes qui se généralisent aux deux lèvres. Trois jours après la formation de la vésicule, sur la lèvre inférieure, les parents remarquent de nombreuses plaques grises dans l'intérieur de la bouche.

Ils amènent alors l'enfant à l'hôpital, où elle est placée en observation dans le pavillon de la diphtérie.

L'examen pratiqué alors permet de constater que l'enfant est bien développée.

L'éruption de la rougeole a complètement disparu.

Les lèvres sont tuméfiées, elles saignent au moindre contact; la partie de la muqueuse qui est exposée à l'air, est fendillée, recouverte de croûtes brunes et peu épaisses.

Le moindre tiraillement exercé sur elles est très douloureux. En faisant ouvrir la bouche, on aperçoit des plaques pseudo-membraneuses, irrégulièrement répandues dans la cavité buccale. L'une, la

plus étendue, dont la dimension égale environ celle d'une pièce de deux francs, occupe la face interne de la lèvre inférieure, le sillon gingivo-labial et la partie correspondante de la gencive. Elle siège sur la ligne médiane.

Sur la surface interne des joues, trois fausses membranes de 1 centimètre de diamètre, sont disposées sans régularité sur la face interne de la gencive de la mâchoire inférieure, le sillon gingivo-labial, les bords et la pointe de la langue. Quant à la face dorsale de la langue et à la voûte palatine, elles en sont dépourvues.

Enfin, sur chaque amygdale, on voit une fausse membrane arrondie, de la dimension d'une pièce de vingt centimes et occupant la partie moyenne de la glande. Les fausses membranes sont opalines, d'une coloration blanc grisâtre. Elles reposent sur une ulcération peu profonde de la muqueuse à laquelle elles adhèrent assez intimement pour la faire saigner quand on essaye de les détacher. Leurs bords sont assez irrégulièrement découpés; tout autour, la muqueuse enflammée est légèrement tuméfiée et présente une coloration rouge plus intense que sur les parties saines.

L'haleine n'est pas fétide.

L'enfant souffre beaucoup de ses lèvres et de la bouche.

La douleur est continue et s'exaspère au passage des aliments.

La langue est blanche, très saburrale.

Le pharynx présente une rougeur très intense.

Les ganglions sous-maxillaires sont médiocrement tuméfiés.

La voix et la toux ont conservé leur timbre normal.

A l'auscultation de la poitrine on entend de nombreux râles sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue du poumon.

L'enfant tousse beaucoup.

L'examen bactériologique des fausses membranes a été pratiqué au laboratoire des cliniques par M. le docteur Sabrazès. Par les cultures et par l'examen direct, on a trouvé des staphylocoques blancs.

L'absence du bacille de Klebs et la coexistence des croûtes impéti-

gineuses sur les lèvres, ont permis d'affirmer le diagnostic de stomatite impétigineuse. Le traitement suivant fut établi : Potion avec chlorate de potasse 2 grammes. Lavages avec une solution de chlorate de potasse à 5 0/0.

Pommade boriquée sur les lèvres.

10 février, température matin, 39° 8 ; soir, 39° 2, état stationnaire.

11 février, température matin, 37° 4 ; soir, 38° 4.

12 février, température matin, 37° 6 ; soir, 38° 2.

13 février, température matin, 37° 2 ; soir, 38°. Les membranes se sont détachées ; à la place qu'elles occupaient la muqueuse est légèrement ulcérée.

24 février, guérison complète. Exeat.

Observation XIII (Personnelle).

(Service de M. le professeur agrégé Moussous.)

Hector S..., trois ans, salle 18, lit 2, entré le 14 février 1894.

Le 15 février, l'enfant est en pleine éruption de rougeole depuis hier. Elle couvre tout le corps; elle est confluente sur le dos et au thorax. Catarrhes oculaire et nasal. La gorge est rouge et recouverte de matières pultacées; pas d'adénopathie rétro-maxillaire. L'enfant a une toux un peu rauque. La langue est saburrale. L'éruption est légèrement ecchymotique. Rien du côté du poumon ni en avant, ni en arrière.

Température du matin, 38° ; température du soir, 38° 6.

Le 16 février, même état que la veille. L'exanthème a toutefois un peu pâli. La gorge est toujours rouge. Rien du côté des poumons. La langue commence à desquamer. Elle présente une coloration rouge vif. Elle est lisse et brillante.

Température du matin, 38° 2; température du soir, 38° 8.

Le 17 février, les catarrhes oculaire et nasal persistent toujours. La bouche et le dessus du nez pèlent. La gorge est encore rouge. L'enfant a une toux sèche. L'éruption a beaucoup pâli et devient jaune rougeâtre.

Température du matin, 38° 6; température du soir, 39° 4.

Le 19 février, les catarrhes oculaire et nasal sont mieux, l'éruption a beaucoup pâli, disparue par places. L'enfant tousse un peu et sa gorge est encore tapissée de matières pultacées.

A l'auscultation, rien à droite; à gauche à la base et un peu sur le côté, un peu de matité avec souffle léger sans râles. La température se maintient bonne. Température du matin, 38°; température du soir, 38° 9. On pose une mouche.

Le 20 février, l'éruption n'existe presque plus, la mouche a beaucoup donné, malgré cela le souffle persiste mais reste léger. La langue est recouverte, surtout à la pointe, d'ulcérations blanchâtres, oblongues, de grandeur différente, à forme impétigineuse, au nombre de sept ou huit. La langue est complètement desquamée. Son aspect est rouge et brillant; on prescrit de l'acide salicylique.

Température du matin, 38° 4; température du soir, 38° 6.

Le 22 février, l'éruption est encore plus pâle. Quant à la stomatite, les ulcérations de la face dorsale de la langue se cicatrisent et ont diminué de moitié depuis hier. La langue reprend la couleur rouge normale. Les ulcérations de la pointe ont un peu augmenté d'étendue; on en constate une autre à gauche occupant dans le fond de la bouche la muqueuse des commissures des deux mâchoires. Elle mesure environ 1 centimètre de long et un 1/2 de large. Plusieurs autres occupent la commissure des lèvres à gauche, ainsi que la partie interne de la lèvre supérieure du même côté. Les ganglions rétro-maxillaires sont un peu engorgés. Une autre ulcération siège à la partie interne de la lèvre inférieure (au milieu environ), dans le repli gingivo-labial et sur la gencive inférieure au même endroit; à droite, rien.

A l'auscultation, matité à gauche dans tout le poumon, avec souffle doux au sommet, plus dur à la base; à droite, rien. Les amygdales sont encore rouges, avec quelques matières pultacées, et l'enfant tousse un peu rauque; pas de tirage. Des deux côtés de la luette se trouvent deux ulcérations de la grandeur d'une lentille. Rien sur les amygdales.

Température du matin, 38° 4; température du soir, 38° 3.

Le 23 février, les ulcérations de la langue ont presque disparu à la face dorsale; celles de la pointe se cicatrisent. L'ulcération de la commissure des deux mâchoires dans le fond de la bouche, à gauche, a bien diminué d'étendue, son fond se déterge; celles des commissures des lèvres sont stationnaires; l'ulcération située à la partie interne de la lèvre inférieure au milieu de la mâchoire inférieure s'est agrandie, elle est nettement blanche, comme recouverte d'une fausse membrane, se détachant difficilement. Celles de la luette sont stationnaires; il ne s'en est pas formé de nouvelles. La toux est toujours rauque, mais l'enfant n'éprouve point de difficulté à respirer. Pas de tirage.

A l'auscultation, toujours matité à gauche avec râles sous-crépitants et souffle. Rien à droite. La langue a repris sa couleur normale; elle est un peu saburrale; elle ne desquame plus. On continue l'acide salicylique.

Le 24 février, à la langue, il ne reste plus qu'une ou deux petites ulcérations à la pointe dont le fond est tout à fait détergé et qui cicatrisent. L'ulcération de la commissure des mâchoires est toujours grisâtre et stationnaire; celle de la partie interne de la lèvre inférieure a bien diminué et se cicatrise. L'ulcération à droite de la luette a un fond un peu creux, grisâtre et n'a guère changé depuis deux jours; celle de gauche cicatrise. Pas de nouvelles ulcérations. La gorge est toujours rouge et les amygdales un peu grosses. Les ganglions rétro-maxillaires sont engorgés. La toux est toujours rauque mais moins qu'hier. On sent que des mucosités se détachent lorsque l'enfant tousse.

A l'auscultation de la poitrine, à gauche, le souffle a disparu, mais il y a des râles sous-crépitants très nombreux et de la matité dans tout le côté. A droite, matité à la base avec des râles sous-crépitants sans souffle.

L'éruption morbilleuse n'existe plus.

Température matin, 38°4; température soir, 38°8.

Le 26 février, les ulcérations de la face dorsale de la langue sont guéries. Il en reste une à la pointe et une nouvelle à la face inférieure à gauche du frein. Celle de la partie interne de la lèvre inférieure est presque cicatrisée.

Celles de la lèvre supérieure à gauche, au nombre de trois, sont en voie de cicatrisation et ont notablement diminué. Celle de la commissure a le fond détergé et est la moitié de ce qu'elle était samedi. A gauche de la luette l'ulcération est cicatrisée. A droite, elle marche plus lentement, elle se comble, mais elle a encore la même étendue que samedi. La toux a cessé d'être rauque.

A l'auscultation, matité des deux côtés à la base. Souffle à droite. A gauche, plus de souffle, râles sous-crépitants.

Température du matin, 38°6; température du soir, 40°.

Le 27 février, presque toutes les ulcérations sont en bonne voie de guérison. Il n'y a que celle de la partie inférieure de la langue près du filet qui présente encore une fausse membrane. Toutes les autres ont diminué de moitié ; celle de la commissure des mâchoires ne présente plus que quelques points blanchâtres. A droite de la luette, on constate une petite dépression sans fausse membrane. Les recherches du microbe des membranes faites, vendredi 23 par M. Sabrazès, ont donné des staphylocoques dorés et aucun microbe de diphtérie.

L'enfant a une forte diarrhée depuis hier sans douleurs abdominales.

A l'auscultation, le souffle est revenu léger à gauche avec râles et matité dans tout le poumon ; à droite, il y a un peu de souffle et pas de matité. La toux n'est plus rauque, elle devient un peu grasse. Les ganglions rétro-maxillaires sont revenus à l'état normal.

Température du matin, 39° ; température soir, 38°6.

28 février. — Les ulcérations se cicatrisent; celle de la face inférieure de la langue est presque guérie.

A l'auscultation, léger souffle encore à gauche avec quelques râles. Plus rien à droite.

Température du matin, 38°8; température du soir, 38°4.

1er mars. — Les ulcérations sont toutes cicatrisées, hormis celles de la lèvre supérieure où il en existe encore une à la partie interne gauche; elle a la forme d'une crête saillante. L'enfant a une toux normale.

A l'auscultation, plus de souffle ni à droite, ni à gauche; quelques râles aux deux bases. La matité persiste à la base droite et au sommet gauche jusqu'à la base. L'enfant a toujours de la diarrhée, bien que depuis deux jours il prenne du sous-nitrate de bismuth.

Température du matin, 38°8; température du soir, 38°4.

2 mars. — Toutes les ulcérations sont cicatrisées; celle de la lèvre supérieure à la partie interne gauche a une forme phlycténulaire; elle a diminué de volume depuis hier.

A l'auscultation, mêmes symptômes que le 1er mars.

Température du matin, 38° ; température du soir, 38°.

4 mars. — Les ulcérations sont toutes cicatrisées ; celle de la lèvre supérieure n'apparaît plus que comme un petit point blanchâtre. Elle est de niveau avec la muqueuse; plus d'adénopathie rétro-maxillaire.

A l'auscultation, le souffle a reparu à gauche; quelques râles sous-crépitants à droite. L'enfant a toujours un peu de diarrhée.

Température du matin, 37°6; température du soir, 37°3.

6 mars. — La bouche est revenue à son état normal, les muqueuses sont rosées, hormis les lèvres qui sont un peu pâles. A l'auscultation, toujours matité à gauche avec souffle dans tout ce poumon. Pas de râles. Rien à droite.

Température matin, 37°4; température soir, 36°6.

8 mars. — A l'auscultation, rien à droite; à gauche, quelques râles sous-crépitants et un peu de souffle au tiers moyen, quand l'enfant fait une forte inspiration.

Température du matin, 37°; température du soir, 36°8,

9 mars. — Guérison.

Observation XIV (Personnelle)

(Service de M. le professeur agrégé A. Moussous)

La jeune Georgette S..., âgée de deux ans et demi, arrive à l'hôpital le 10 novembre 1895, à onze heures du soir.

11 novembre. — Malade depuis huit jours chez elle. Depuis avant-hier, la toux est devenue rauque, léger tirage, un peu de cornage. L'interne de garde la fait placer en observation à la diphtérie.

A son entrée, on constate sur le front quelques pustules d'impétigo, ainsi que sur la jambe gauche : sur les deux commissures, plaques d'apparence membraneuse, gris-jaunâtre. Il y en a sur la langue, sur le palais et sur la face interne des joues ; elles sont assez confluentes, les plus grandes sont grosses comme des pois. Le fond de la gorge, amygdales, piliers et arrière-pharynx sont rouges et congestionnés. Ganglions sous-maxillaires et rétro-maxillaires un peu gros.

La voix de l'enfant est un peu éteinte ; sa toux est rauque ; elle a un léger cornage surtout lorsqu'elle dort, un peu de tirage.

Température 37° 6. On transeat l'enfant à la salle 6.

Ce matin, toux encore rauque, voix un peu éteinte, plus de tirage, l'enfant paraît assez éveillée ; haleine un peu fétide.

Les fausses membranes de la bouche restent stationnaires; elles ont toujours cette couleur gris-jaunâtre d'hier. Rien dans la poitrine à l'auscultation. Température 37° 4. On badigeonne la bouche à l'acide salicylique.

Laryngoscopie.— M. le docteur Beausoleil, qui la fait, constate que l'arrière-pharynx est rouge, congestionné, le bord libre de l'épiglotte

et sa face laryngée sont blanchâtres, d'un blanc mat, sur une longueur de 2 millimètres, tranchant sur le rouge vif du reste de cet organe.

La glotte en chapeau de gendarme permet difficilement de voir le larynx : on n'y parvient que pendant les expirations forcées. Les aryténoïdes sont rouges, principalement le droit, les cordes vocales et les bandes ventriculaires aussi, plus rouges à droite qu'à gauche; le reste du larynx est aussi congestionné. On ne trouve pas ici de plaques impétigineuses. Les follicules clos de la base de la langue sont recouverts d'un exsudat blanchâtre.

Le 13 novembre, l'enfant est encore très enrouée, sa voix est un peu éteinte, léger tirage dans les fortes inspirations. Les plaques impétigineuses de la langue et de la bouche diminuent d'étendue. Au moindre contact, elles saignent. Les ganglions rétro et sous-maxillaires sont toujours gros.

A l'auscultation, quelques râles aux deux bases. L'haleine n'est presque plus fétide. Pas de fièvre.

Le 15 novembre, l'enfant est plus enrouée qu'hier, sa voix plus éteinte; un peu de tirage toujours. Les plaques de la bouche sont en bonne voie de guérison, il n'y en a plus à la commissure des lèvres. Pas de fièvre.

L'examen bactériologique fait au laboratoire des cliniques a donné des staphylocoques, quelques cocci et beaucoup de leptothrix : aucun bacille de Lœffler.

Le 15 novembre, on transeat de nouveau l'enfant au pavillon de la diphtérie, afin qu'on puisse le mettre dans l'air saturé de vapeur d'eau. Sa toux et sa voix sont dans le même état qu'hier, pas d'amélioration, mais toujours sans fièvre. Encore quelques plaques d'impétigo à la bouche, mais très petites.

Le 16 novembre, même état, la toux est un peu moins rauque, la voix moins éteinte, plus de tirage.

Le 17 novembre, les accidents s'améliorent et l'enfant va très bien.

Le 18 novembre, guérison.

CONCLUSIONS

Nous avons donc voulu montrer dans notre travail :

1° Que la stomatite impétigineuse doit prendre place parmi les différents genres de stomatites ;

2° Que l'on peut, lorsqu'elle est accompagnée d'accidents laryngés, la confondre avec la stomatite diphtéritique ;

3° Que l'on doit faire soigneusement son diagnostic bactériologique ;

4° Que dans certains cas le traitement préventif, avant le diagnostic bactériologique fait, doit recourir à l'injection de sérum de Roux.

Bordeaux, le 18 novembre 1895.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr VERGELY.

Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES
Vu et permis d'imprimer
Le Recteur :
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BARTHEZ et SIMIÉ. — *Traité des maladies des enfants.*

BERGERON. — Art. « Stomatites ». *Dict. encyclop.*, p. 165.

BOURGES. — *La diphtérie.*

BOUSQUET. — Etiologie de l'impétigo. Th. Bordeaux, 1888-89.

COMBY. — *France médicale*, 1887.

— Société clinique. Paris 1887.

— *Revue des maladies de l'enfance*, 1888.

— *Traité des maladies de l'enfance.*

W. DUBREUILH. — *Annales de Dermatologie*, 1890.

DESPINE et PICOT. — *Traité des maladies de l'enfance.*

DIEULAFOY. — *Pathologie interne.*

DUPREY. — Th. Paris 1871. De l'impétigo et de certaines de ses localisations chez l'enfant.

FOY. — On impetigo contagiosa or Porrigo. *Brit. medical Journal*, 1884.

GALIPPE. — *Journ. des conn. médicales*, 1889, « Stomatites ».

GENTILHE. — Thèse de Bordeaux, 1894-1896. De la stomatite impétigineuse.

GUINON. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1887.

HENOCH. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance.*

JULIEN. — Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. Th. Paris, 1886.

LEMONNIER. — Th. Paris, 1883.

NETTER. — *Bulletin soc. méd. hôp.*, 1884, « Transformation du staphylocoque doré en staphylocoque blanc ».

ROCAZ. — Congrès de Pédiatrie de Bordeaux, août 1895.

SEVESTRE et GASTON. — *Bull. soc. médicale des hôp.*, 1891.

SEVESTRE. — *Etudes de clinique infantile.*

ZITT. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1887.

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.